様式指定変更１号

結　核　指　定　医　療　機　関　変　更　届

令和　　年　　月　　日

（宛先）高槻市長

指定医療機関等の開設者等　住　所
（法人の場合は、法人の住所）

指定医療機関等の開設者等　氏　名
（法人の場合は、法人の名称、代表者職氏名）

保険医療機関等コード

次のとおり変更しましたのでお届けします。

指　定　番　号		高健予　　　　第　　　　号
指定医療機関等名称		
指定医療機関等所在地		
変更事項	変更前	
	変更後	
変　更　年　月　日		
変　更　理　由 (該当理由に、○印)		１．内容の変更を伴わず単に医療機関の名称変更 ２．住所表示変更等による、医療機関の所在地名や呼称及び地番変更 ３．婚姻、養子縁組、法人の名称のみの変更等による開設者名変更 ４．開設者の住所変更 ５．その他　　（　　　　　　　　　　　　）

本申請書の内容についての貴医療機関担者
連絡先と担当者名（　　　　　　　　）
ＴＥＬ　　　－　　　－